

加入医療保険変更届

受付区民係
担当：

対象の子ども _____ ○○ ○○

受給者番号

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

_____ ○○ ○○

9	8	7	6	5	4	3
---	---	---	---	---	---	---

加入保険が変更になった子どもの氏名及び受給者番号(注)を記入してください。
*注 受給者番号は、医療証の2段目に記載されている7ケタの数字です。

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

上記子どもにつき、加入医療保険に変更があったため、新しい保険証のコピーを添付して届出します。

令和○○年○○月○○日

杉並区長宛

医療証の保護者欄に記載されている方の氏名等を記入してください。

電話 _____ ○○○(○○○○)○○○○

氏名 _____ ○○ ○○